

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 124

---

# La Tuberculose fibreuse du sac lacrymal

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BEN-AOUDA

Né à Toulon (Var), le 9 décembre 1894.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR,

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

---

1920



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 124

---

# La Tuberculose fibreuse du sac lacrymal

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BEN-AOUDA

Né à Toulon (Var), le 9 décembre 1894.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR,

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ ..... DOYEN.  
LEPINE ..... ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESTUT,  
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

## PROFESSEURS

|                                                       |   |                |
|-------------------------------------------------------|---|----------------|
| Cliniques Chirurgicales .....                         | { | MM. TEISSIER   |
|                                                       |   | ROQUE          |
|                                                       |   | BARD           |
| Cliniques médicales .....                             | { | TIXIER         |
|                                                       |   | BERARD         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....          |   | FABRE          |
| Clinique ophtalmologique .....                        |   | ROLLET         |
| Clinique de maladies cutanées et syphilitiques .....  |   | NICOLAS        |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales .....     |   | LEPINE         |
| Clinique des maladies des enfants .....               |   | WEILL          |
| Clinique des maladies des femmes .....                |   | POLLOSSON (A.) |
| Physique biologique, radiologie, physiothérapie ..... |   | CLUZET         |
| Chimie biologique .....                               |   | HUGOUNENQ      |
| Chimie organique et Toxicologie .....                 |   | MOREL          |
| Matière médicale et Botanique .....                   |   | MOREAU         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....    |   | GUIART         |
| Anatomie .....                                        |   | X...           |
| Anatomie générale et Histologie .....                 |   | POLICARD       |
| Physiologie .....                                     |   | DOYON          |
| Pathologie interne .....                              |   | COLLET         |
| Pathologie et Thérapeutiques générales .....          |   | MOURIQUAND     |
| Anatomie pathologique .....                           |   | PAVIOT         |
| Médecine opératoire .....                             |   | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée .....              |   | ARLOING F.     |
| Médecine légale .....                                 |   | Etienne MARTIN |
| Hygiène .....                                         |   | COURMONT (P.)  |
| Thérapeutique .....                                   |   | PIC            |
| Pharmacologie .....                                   |   | FLORENCE       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                  |             |
|--------------------------------------------------|-------------|
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx ..... | MM. LANNOIS |
| Pathologie externe .....                         | VALLAS      |
| Maladies des voies urinaires .....               | ROCHET      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                               |                 |       |
|-----------------------------------------------|-----------------|-------|
| Chimie minérale .....                         | MM. BARRAL,     | agréé |
| Propédeutique de gynécologie .....            | CONDAMIN,       | —     |
| Chirurgie infantile .....                     | NOVE-JOSSERAND, | —     |
| Accouchements .....                           | COMMANDEUR      | —     |
| Embryologie .....                             | LATARJET,       | —     |
| Anatomie topographique .....                  | PATEL,          | —     |
| Botanique .....                               | BRETIN,         | —     |
| Chirurgie expérimentale .....                 | VILLARD,        | —     |
| Clinique infantile .....                      | X...            | —     |
| Déontologie et médecine professionnelle ..... | X...            | —     |

## AGRÉGÉS

|               |                 |                   |                  |
|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
| MM.           | MM.             | MM.               | MM.              |
| BARRAL        | BRETIN          | SAVY              | BONNAMOUR        |
| COMMANDEUR    | LERICHE         | FROMENT           | SARVONAT         |
| NEVEU-LEMAIRE | THEVENOT (Léon) | THEVENOT (Lucien) | FAVRE            |
| LAROYENNE     | TAVERNIER       | PIERY             | GRAVIER          |
| VORON         | CADE            | COTTE             | ROUBIER          |
| NOGIER        | GUILLEMARD      | DUROUX            | chargés de cours |
| LATARJET      | GARIN           |                   |                  |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, *Président* ; M. VILLARD, *Assesseur* ;  
M. LAROYENNE, *Prof. agrégé*, et M. COTTE, *Prof. agrégé*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA FEMME

A MA FILLE ALICE



MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE  
DE MES CAMARADES MORTS  
AU CHAMP D'HONNEUR



A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté

*Officier de la Légion d'honneur*

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse qu'il a bien voulu nous inspirer. Nous le prions de croire à notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous guida dans ce travail.



**A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY**

**Chef de Clinique Ophtalmologique à la Faculté**

Nous le prions de vouloir bien accepter toute  
notre reconnaissance pour l'aimable accueil  
qu'il nous a toujours témoigné.

**A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine Navale de Toulon  
et de la Faculté de Lyon :**

**A mes Juges :**



## CHAPITRE I

## HISTORIQUE

Bien que l'étude de la tuberculose lacrymale constitue un chapitre relativement récent de la pathologie oculaire, la lecture des anciennes observations permet de conclure que depuis fort longtemps, cette affection fut isolée, et soignée, sous des appellations bien diverses. L'œgilops des auteurs Grecs, la tumeur phlegmoneuse de Maître Jean 1707, les fistules lacrymales s'accompagnant de carie, de Scarpa, l'abcès scrofuleux d'Anel 1713, constituent pour la plupart des lésions qu'à l'heure actuelle, nous n'hésiterions pas à classer parmi les affections de nature tuberculeuse.

Plus près de nous c'est à Haab et ses élèves 1879, que nous devons les premières observations de tuberculose secondaire du sac, Leidholt nous apporte en 1889 une observation de tuberculose primitive, Rollet dans *la clinique ophthalmologique* 1899 rapporte le premier cas en France de tuberculose sacculaire primitive et fermée, enfin son rapport présenté au congrès de la

Société Française d'ophtalmologie, mai 1911, fixe d'une façon définitive la symptomatologie et le traitement d'une affection qui, malgré son individualité et sa fréquence, fût trop longtemps méconnue.

Parmi les différentes formes cliniques étudiées jusqu'à présent, on est en droit de s'étonner de ne pas rencontrer l'évolution fibreuse de la tuberculose du sac; on peut se demander pour quelles raisons le bacille de Koch, qui, au poumon par exemple, peut, sous des influences favorables, édifier des formations fibreuses, n'ait jamais présenté au niveau du sac pareille transformation. Cette évolution caséuse « presque fatale » de la tuberculose du sac va à l'encontre des doctrines actuellement admises, sur les toxines bacillaires, et sur leur évolution en général.

Dans sa thèse inaugurale (1900), Vincent constatait que la tuberculose du sac ne présentait jamais de transformation fibreuse. La tuberculose, à ce niveau, « disait-il, « n'a aucune tendance à former du tissu scléreux ». Fort heureusement, des observations soigneusement examinées, l'utilisation des ressources du laboratoire, l'examen histo-pathologique des sacs extirpés chez des malades, cliniquement tuberculeux, ont permis de constater la transformation fibreuse au cours des dacryocystites tuberculeuses.

Cette forme fibreuse que l'on rencontre moins fréquemment que la forme fongueuse doit rentrer, désormais, au même titre que cette dernière, dans la classification générale de la tuberculose lacrymale.

## CHAPITRE II

---

### Etude clinique de la tuberculose fibreuse du sac

#### *Observations.*

Nous ne nous proposons pas, dans ce chapitre, de retracer la symptomatologie des dacryocystites tuberculeuses en général, nous nous bornerons simplement à décrire les symptômes principaux qui doivent mettre le clinicien sur la voie du diagnostic de la forme fibreuse de cette affection.

Il y a, dans l'étude des symptômes, un fait essentiel qui ne manquera pas d'attirer l'attention; nous voulons parler de l'absence presque absolue de symptômes subjectifs, pas de douleurs, indolence complète ou à peu près, les malades ne viennent consulter que fort tard après le début clinique de l'affection; il y a ici une ressemblance, qui n'a pas lieu de nous surprendre, avec toutes les lésions tuberculeuses à évolution torpide. Dans trois de nos observations les malades ne sont arrivés à

la consultation de l'Hôtel-Dieu que un an et même deux ans après l'apparition d'un larmoiement insignifiant.

Ce larmoiement, « watery-eye » des auteurs anglais, ne doit pas, pensons-nous, constituer un symptôme de bien grande valeur ; c'est là un phénomène banal que l'on retrouve dans presque toutes les affections du globe, et dont les patients, d'ailleurs, ne se soucient que fort peu.

Le plus souvent les malades viennent trouver le médecin pour une tuméfaction, « une grosseur », disent-ils, qui se développe à l'angle interne de l'œil. C'est là le symptôme dominant, celui qui les frappe le plus, et pour cause : la dacryocystite tuberculeuse étant une affection relativement fréquente chez les jeunes sujets, et tout spécialement chez les femmes ou les jeunes filles, il est bien naturel que ce soit l'élément inesthétique de la lésion qui les frappe davantage et qui les incite à venir à la consultation.

Cette tuméfaction (fig. 1), de dimensions variables, pouvant aller de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, faisant saillie à l'angle interne de l'œil, présente des caractères assez particuliers pour que nous puissions insister assez longuement.

Pas de douleurs spontanées, pas de douleurs à la pression, et c'est là un signe sur lequel les malades insistent fort bien, car eux-mêmes, dans l'espoir d'une réduction sinon totale, du moins partielle, par un mouvement bien instinctif, appuient sur la tumeur sans éprouver la moindre appréhension.

A cette indolence bien caractéristique, s'ajoute un



deuxième signe, dont l'importance doit être bien connue si l'on veut éviter des erreurs : nous voulons parler de la consistance spéciale de la tumeur. C'est une tuméfaction dure, d'une dureté telle qu'au début on ne songe que rarement à une dacryocystite, et l'idée qui vient naturellement à l'esprit est celle d'un néoplasme intrasacculaire (Observation IV) d'une tumeur cartilagineuse (observation I); sa dureté a été comparée même

à celle d'un noyau de cerise (Observation II). Ce caractère, d'une importance extrême, constitue, croyons-nous, le pivot du diagnostic.

La peau sus-jacente n'est nullement modifiée, elle ne présente aucune adhérence avec la tumeur, elle se mobilise très aisément, rarement on parvient, par une pression énergique et prolongée, à faire sourdre une gouttelette de pus par les points lacrymaux. Rares, ici, sont les fistules, et quand elles existent, elles sont punctiformes, donnant issue à du pus « d'aspect froid », ce qui justifie l'expression de Rollet qui considérerait de pareilles tumeurs comme de véritables « tumeurs blanches », à évolution latente; c'est la plupart du temps une tuberculose fermée, différant très nettement des dacryocystites tuberculeuses molles ou fongueuses qui se ramollissent, s'ulcèrent et s'accompagnent très fréquemment de phénomènes inflammatoires intenses.

Dans cette forme fibreuse, nous ne rencontrons ordinairement pas de complications de voisinage, comme c'est la règle dans les formes fongueuses ou ulcéreuses : pas de périostite, pas d'ostéite des os voisins. Cette bénignité relative est due sans aucun doute à la virulence atténuée du bacille tuberculeux.

Nous ne pensons pas, néanmoins, que l'on puisse établir le diagnostic de tuberculose fibreuse du sac d'après les seuls symptômes énumérés ci-dessus; nous devons rechercher les signes d'imprégnation tuberculeuse, du « virus scrofuleux », pour employer l'expression de Boyer. Parmi ces signes, il n'y en a, croyons-nous, qu'un qui mérite de retenir notre attention, c'est l'adénopathie signalée dès 1899 par le Professeur Rollet.

Il ne faut pas s'attendre à trouver ici une polyadénite, à ganglions volumineux, réunis en paquets ou en grappes, comme on est habitué à en rencontrer chez les tuberculeux à lésions ouvertes, ou avancées. L'adénite est ici légère, fruste, elle mérite d'être recherchée avec soin, et nombreuses sont les observations où elle n'est pas notée.

En 1913, dans une étude sur la tuberculose lacrymale, Poulard attirait l'attention sur l'absence d'adénopathie dans de nombreuses observations de dacryocystites tuberculeuses. « Sur dix-neuf observations dépouillées, quatorze, dit-il, ne signalent pas la présence de ganglions; mais, ajoute-t-il, l'absence de toute tuméfaction ganglionnaire ne signifie pas que les ganglions soient indemnes; ils peuvent être altérés et leur altération ne se traduit pas par une augmentation notable. »

Cette adéno-tuberculeuse qui revêt, quand elle existe, « un véritable intérêt diagnostique, Rollet », est constituée ordinairement par des ganglions peu nombreux, petits, et facilement isolables, des dimensions d'un noyau de cerise, ou d'un pois; parfois même c'est une adénopathie mono-ganglionnaire, avec tendance à l'accroissement et se terminant plutôt par sclérose que par caséification; en outre, un caractère important, est son unilatéralité fréquente. Des ganglions bilatéraux devant faire songer à une lésion évolutive du côté opposé.

On ne sera nullement surpris, de rencontrer ici, une adéno-tuberculose relativement bénigne, car la forme fibreuse de la tuberculose du sac, est une tuberculose locale, c'est-à-dire sans tendance à la généralisation.

D'ailleurs, la présence de ganglions nombreux pourra, dans bien des cas, être le résultat d'associations microbiennes correspondant à des lésions d'infections banales surajoutées.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I (*Inédite*)

#### FIBRO-TUBERCULOSE DU SAC LACRYMAL

Rose B... 18 ans, exerçant la profession de lingère vient à la consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 21 juin 1919, pour « une grosseur » de l'angle interne de l'œil droit.

Son père et sa mère sont en excellente santé, elle a une jeune sœur de santé délicate. Personnellement n'accuse aucune maladie antérieure malgré un teint pâle et un mauvais état général.

A l'examen de la malade, on remarque à l'angle interne de l'œil droit une tuméfaction, allongée dans le sens vertical, présentant les dimensions d'un haricot, environ. La pression nullement douloureuse, ne fait sourdre aucune sécrétion au

niveau des points lacrymaux. La consistance de la tumeur est très dure, on a même *l'impression qu'elle est constituée par du tissu cartilagineux*.

La malade interrogée sur le début des accidents raconte que la « grosseur » a débuté il y a deux ans, s'accompagnant d'un larmolement qui ne la gênait guère. Pas de réactions inflammatoires, pas de douleurs.

L'examen de l'appareil pulmonaire révèle une expiration légèrement soufflante et prolongée au niveau du sommet droit, en arrière — Pas de râles — Toux peu fréquente — Expectoration insignifiante.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire dénote au niveau de la base du cœur un souffle systolique. Le bruit de rouet au niveau des jugulaires est très nettement perçu. En outre, on note au niveau des régions carotidiennes de nombreux ganglions, durs, assez gros, mobiles, et à la région sous maxillaire droite quelques ganglions plus durs et plus petits.

La malade est opérée le 23 décembre par Monsieur le Professeur Rollet.

La tumeur enlevée reproduit dans son ensemble la forme du sac. Elle est ovoïde et aplatie d'avant en arrière avec une grosse et une petite extrémités arrondies, deux faces, et deux bords. La teinte est blanchâtre, la consistance est très dure, ses dimensions sont de 18 millimètres de longueur sur 10 millimètres de largeur. Sa surface est lisse et régulière.

Une coupe tranversale montre que la tumeur est pleine et ne renferme aucune cavité. La surface de section semble homogène, elle est blanche et lisse avec cependant un fin piqueté irrégulier. Bref au simple examen macroscopique on a tout à fait l'impression d'un sac géant enlevé en totalité comme il est de règle quand on suit la technique de Rollet, mais ce sac au lieu d'être vide paraît rempli par une véritable tumeur.

Histologiquement la cavité du sac est occupée par une série de follicules tuberculeux très caractéristiques entourés d'une épaisse couche de fibres conjonctives qui tendent à les pénétrer, cette hyperplasie conjonctive est tellement intense qu'au lieu d'avoir à faire à un processus fibro-caseux banal, on se trouve en présence d'une lésion évoluant spontanément vers une transformation fibreuse.

## OBSERVATION II (*Inédite*)

### EMPYÈME TUBERCULEUX AVEC ÉPAISSISEMENT FIBREUX

#### DES PAROIS.

Madeleine M... 24 ans, couturière, vient à la consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 21 décembre 1919, pour une grosseur de l'angle interné de l'œil droit. Le père de la malade est mort il y a cinq ans, de cirrhose hépatique; sa mère est actuellement bien portante. Sa grand'mère maternelle serait morte d'une affection pulmonaire. Deux frères morts de méningite à treize et quatorze ans; trois sœurs et deux frères plus jeunes qu'elle, en bonne santé.

Les antécédents personnels de la malade sont chargés : à dix-huit mois, broncho-pneumonie, rhumes fréquents l'hiver; à vingt ans, bronchite, fièvre, hémoptysies; la malade est obligée d'interrompre son travail; elle alla consulter un médecin qui trouva une lésion suspecte au sommet du poumon gauche. Amaigrissement de trois kilos au cours de ces dernières semaines.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a deux ans par une tuméfaction de la région du sac, qui insensiblement a augmenté de volume et qui présente à l'heure actuelle les dimensions d'un haricot. A l'examen de l'œil, on note un larmoiement assez intense; à l'angle interne, on remarque une saillie grosse, indolore et présentant au toucher une *résistance très nette*. A la pression, qui n'est pas douloureuse, on ne fait sourdre aucune sécrétion au niveau des points lacrymaux, et les dimensions de la tumeur ne sont nullement modifiées.

A l'examen des régions sous-maxillaires, on note à droite une multitude de ganglions petits, durs, facilement isolables et qui roulent sous les doigts.

La malade est opérée le 23 décembre, suivant la méthode du Professeur Rollet; on enlève une tumeur irrégulièrement arrondie à parois épaissies. La moitié inférieure est très adhérente et difficile à enlever. Le sac contient du pus d'aspect froid, en quantité peu abondante. Le canal nasal, complètement bouché, est effondré à la curette.

L'examen de la coupe du sac, montre que dans ce cas nous sommes en présence d'un empyème froid et tuberculeux avec épaississement fibreux considérable des parois.

### OBSERVATION III ( *inédite* )

#### SACCLITE TUBERCULEUSE LACRYMALE A FORME FIBREUSE

Annette S..., 64 ans, ménagère, entre à la clinique ophtalmologique du Professeur Rollet, en février 1907. Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels de

cette malade. Depuis un an environ, elle a remarqué un larmoiement intermittent de l'œil droit, « ce qui, dit-elle, ne la gêne nullement ».

Depuis deux semaines seulement elle a noté au niveau de l'angle interne de l'œil droit, une tuméfaction d'un volume d'un pois qui augmentait sensiblement; aucun symptôme douloureux.

Actuellement, tumeur rouge de la région du sac, indolore, acuminée, on découvre en outre, au sommet de cette tuméfaction, une fistulette punctiforme par où s'écoule un pus épais. Le pus reflue aussi par les points lacrymaux, et la pression, même énergique, ne peut faire diminuer le volume de cette tumeur dont la consistance est d'une dureté caractéristique. Cette tuméfaction, mobile sur le plan osseux, paraît superficielle sous-cutanée même. Adénite légère de la région sous-maxillaire droite. *La tumeur était si dure* que l'on pouvait songer à un *néoplasme intra-sacculaire*. Extirpation méthodique du sac lacrymal.

L'examen anatomo-pathologique montre la destruction presque complète de la muqueuse. Abondante infiltration de cellules embryonnaires de la sous-muqueuse. La paroi du sac est très épaissie, transformée en un tissu conjonctif jeune, aréolaire, les vaisseaux sont entourés de petits amas de cellules épithélioïdes. (D<sup>r</sup> Aurand.)

#### OBSERVATION IV (Bock)

(Observation résumée)

Franciska K., âgée de 27 ans, couturière, me consulta le 20 juin 1850 pour une tumeur venue déjà depuis plusieurs

semaines et située à l'angle interne de l'œil droit. La malade nous dit qu'elle descendait de parents sains et qu'elle-même s'était toujours bien portée. Depuis quelque temps cependant, elle se sentait souvent faible, elle maigrissait et ressentait des douleurs de plus en plus vives dans l'articulation du coude droit. L'état de l'articulation s'aggravait de jour en jour, le gonflement et les douleurs augmentaient sans cesse, de sorte que le bras avait perdu sa mobilité. La présence de fistules qui ne tardèrent pas à se montrer, l'irruption de pus épais et de masses caséiformes, engagèrent la patiente à tenir compte des conseils du médecin; elle renonça ensuite à suivre le traitement, de peur qu'on lui fit une opération.

En mars 1890, un écoulement abondant de larmes du côté droit empêcha la malade de travailler et elle vint consulter. D'après son récit, on pouvait faire sortir du sac lacrymal une grande quantité de pus; on incisa le canal lacrymal inférieur et on introduisit plusieurs fois la sonde de Bowmann facilement. Peu de temps après, ce traitement dû être abandonné car il devenait difficile et douloureux.

Au commencement de mai 1890, la malade vit se développer rapidement une tumeur de l'angle interne de l'œil et le larmoiement cessa presque complètement.

Lorsque j'examinai la malade, je vis une personne svelte, à peu près bien nourrie, pâle. Le coude droit est enflé et ne présente que des mouvements passifs limités, l'avant-bras étant à angle droit sur le bras. Dans la région du sac lacrymal droit se trouvait une tumeur presque aussi dure qu'une noisette, recouverte d'une peau entièrement tendue, d'aspect normal. La tumeur était immobile et donnait la sensation d'un empâtement fermé. La pression du sac ne modifiait pas la tumeur. La sonde introduite butait contre une résistance fermée, qu'on la fit passer par le point lacrymal supérieur ou inférieur.

Rien d'anormal du côté de la conjonctivite et de la cornée. Légère adénite de l'aisselle droite.

Le diagnostic hésitait entre une occlusion du sac lacrymal rempli d'une masse muqueuse et une *néoformation* de ce sac.

La malade consentit à une opération. Le 30 juin, j'incisai la peau de la tumeur sur une longueur de un centimètre et demi, et disséquai couche par couche dans la profondeur. Rapidement apparût la tumeur rouge brun, dont la partie profonde n'était pas adhérente. Elle saillit facilement à travers la peau incisée et je l'enlevai avec les ciseaux. Je grattai avec une curette tranchante toute la cavité, mais sans aller jusqu'à l'os.

Hémorragie nulle. Quatre points de suture. Guérison six jours après.

A l'examen histologique, on remarquait que la tumeur était, à sa partie inférieure, limitée par du tissu conjonctif tendu et pénétrée par de petits lambeaux de graisse dans son intérieur. Dans la même région, on voyait des débris de cellules fusiformes allongées, débris du tissu musculaire lisse des sacs lacrymaux. Le centre de la tumeur constitué par des masses cellulaires, séparées les unes des autres, par des travées plus ou moins larges de tissu conjonctif, contient de nombreuses cellules géantes fortement pressées les unes contre les autres; les bacilles tuberculeux étaient peu nombreux.

---

## CHAPITRE III

---

### Etude Anatomico-Pathologique

L'étude anatomo-pathologique de la tuberculose du sac lacrymal, est en général mal connue, parce que peu étudiée. Il est assez difficile de reconstituer les lésions dans leur ordre d'apparition et surtout de reconnaître quelle est l'étendue du processus pathologique des diverses formations qui constituent la paroi du sac.

Bien que la forme fibreuse de la tuberculose lacrymale soit considérée comme une tuberculose locale, sans grandes tendances aux complications, l'examen des coupes montre toujours, outre les signes d'inflammation banale, des éléments spécifiques de la tuberculose. Si la recherche du bacille de Koch n'est pas toujours possible, la présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes est suffisamment caractéristique pour que la nature tuberculeuse de la lésion ne puisse être mise en doute.

De plus la coloration élective au picro-ponceau permet de constater une épaisse et abondante couche de tissu fibreux dans les régions les plus externes de la préparation (fig. 2).



Figure 2

Aussi l'étude anatomo-pathologique doit toujours, dans la mesure du possible, venir compléter et confirmer le diagnostic clinique.

La lésion qui, la première, frappe l'observateur, est la disparition de la muqueuse sacculaire; bien rarement

on peut en retrouver des traces; ordinairement la muqueuse est détruite en totalité, et ce n'est ordinairement au voisinage de l'extrémité supérieure, qu'il est possible, dans quelques cas, d'en retrouver les vestiges. Les cellules cylindriques sont, dans ce cas, allongées et déformées, quelquefois même, on croit reconnaître au milieu des débris de la muqueuse, des cellules mucipares, mais si l'étude de l'épithélium ne nous donne que fort peu de renseignements sur l'évolution et la nature des lésions, l'examen de la sous-muqueuse et de la paroi externe du sac nous montrent des modifications plus fréquentes et plus importantes.

Nous rencontrons ici, au-dessous des débris de l'épithélium, une abondante infiltration de cellules embryonnaires, organisées quelquefois en bourgeons plus ou moins volumineux qui peuvent même faire saillie à l'intérieur du sac. C'est également dans cette couche que l'on rencontre les cellules géantes en plus ou moins grand nombre, pouvant renfermer de nombreux bacilles tuberculeux.

Mais c'est la paroi la plus externe du sac, qui nous offre dans la tuberculose à forme fibreuse, les modifications les plus intéressantes. Cette paroi est ordinairement très épaisse, transformée quelquefois, en un véritable tissu conjonctif de forme aréolaire, présentant autour des vaisseaux une infiltration serrée de cellules épithélioïdes.

Sur la coupe du sac extirpé chez la malade de l'observation I, examen pratiqué par M. Bussy, chef de laboratoire de la clinique ophtalmologique on remarque (*figure 2*) une multitude de cloisons se détachant de la

couche fibreuse du sac, cloisons de plus en plus minces et délicates qui divisent la tumeur en une série de loges et de logettes. Chaque loge dit-il « reproduit sensiblement la même disposition tissulaire ». La périphérie en est occupée par des cellules conjonctives, petites, mobiles, pauvres en protoplasma à noyau arrondi, fortement coloré.

En dedans de cette couche de cellules et se continuant avec elle par des formes de transition insensible on rencontre une vaste couche de cellules assez volumineuses à protoplasma granuleux, à noyau coloré et qui vers le centre de chaque loge présentent au maximum des signes de « nutrition déficiente » mais on doit cependant remarquer, et cela a ici une grosse importance, on ne rencontre nullement aucun point en voie de caséification.

Au sein de ces agrégats de cellules épithéliales et en de nombreux points on rencontre des cellules géantes, très caractéristiques, à noyaux multiples (*figure 3*) par la coloration au Ziehl, il ne peut être mis en évidence aucun bacille tuberculeux, mais il n'y a pas lieu d'être surpris car dans les lésions scléreuses, comme celles que nous présente cette préparation, il est fréquent de ne pas rencontrer de bacilles. De Lapersonne, Poulard ont en vain recherché le bacille de Koch dans le pus de certaines dacryocystites dont la nature tuberculeuse était hors de doute; Oreste, dans une sclérato-conjonctivite avec expérimentation tuberculeuse positive, ne trouve à l'examen histo-pathologique, aucune lésion spécifique, aucun bacille tuberculeux. D'après Koch, lui-même, là où la tuberculose prend des allures chroniques, on ne trouve que de rares bacilles, dans les



Figure 3

foyers anciens on ne les rencontre presque jamais.

Chez la malade de Bock (observation IV) les bacilles tuberculeux furent trouvés seulement en petit nombre à l'intérieur des cellules géantes.

Au milieu de ce tissu de sclérose les troncs vasculaires sont abondants, ils paraissent présider en quelque sorte à son édification. Au point de rencontre de

plusieurs cloisons, le tissu fibreux dense abrite en général des vaisseaux de calibre moyen envoyant à l'intérieur des loges voisines, en plein tissu épithéloïde des bouquets de capillaires se dirigeant en éventail vers le centre de chaque loge.

Ces capillaires entraînent avec eux une véritable atmosphère fibreuse que la coloration élective au picroponceau met admirablement en évidence. Ce sont de fines fibrilles conjonctives denses à la périphérie de la loge, clairsemées au centre. On a l'impression que le processus de caséification ne pourra se faire et que tout ce tissu épithélial sera étouffé par la sclérose.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de pouvoir saisir sur le vif en quelque sorte, toutes les métamorphoses de la transformation fibreuse de la tuberculose sacculaire, et bien souvent, l'examen anatomopathologique ne nous montrera que l'étape finale, c'est-à-dire le stade fibreux.

---

## CHAPITRE IV

---

# DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose fibreuse du sac lacrymal, n'offre pas croyons-nous de grosses difficultés. C'est une tuberculose locale, à allure lente, tenace même (Rollet) et qui se rencontrera surtout chez des adolescents, de préférence du sexe féminin.

On se basera surtout pour établir son diagnostic sur les caractères de la tumeur et sur son évolution : tumeur d'une dureté remarquable, rappelant celle du cartilage, non douloureuse à la pression, n'ayant la plupart des cas aucune tendance à la suppuration, rarement fluctuante et si toutefois, une fistulette vient à s'ouvrir (observation III) l'allure générale de la tumeur n'est nullement modifiée, la consistance reste la même.

Tels sont les signes locaux qui doivent faire songer à la forme fibreuse de la dacryocystite tuberculeuse. Mais si on complète son examen par l'étude attentive

des antécédents personnels et héréditaires, par la recherche soigneuse d'une adénopathie souvent peu apparente, unilatérale, et localisée de préférence aux régions sous retro maxillaires, rares seront les cas où le diagnostic restera hésitant.

Cette adénopathie d'une importance capitale, et sur laquelle Rollet a longuement insisté devra toujours être recherchée avec soin. Les examens devront être répétés et minutieux, d'autant plus que c'est une adénopathie peu volumineuse, peu marquée. Elle constitue un des symptômes importants de la tuberculose fibreuse lacrymale.

Ici, il ne faut pas trop compter pour établir un diagnostic, sur les complications de voisinage, elles sont rares dans la forme fibreuse, pas de lupus, pas de tuberculose de la conjonctive ou des parois osseuses avoisinant le sac.

L'examen des antécédents devra être complet, et les recherches devront porter tout spécialement sur l'appareil pulmonaire, qui dans bien des cas feront déceler chez ces malades des lésions suspectes des sommets.

Bien qu'il soit aisé de reconnaître aux symptômes ci-dessus énumérés, une dacryocystite fibreuse nous serions incomplets si nous ne signalions pas les affections dont le diagnostic mérite d'être discuté en face de pareils malades.

Il y a des affections à symptomatologie semblable et qu'un examen rapide mais soigneux permettra de dépister sûrement. Tout d'abord, celle sur laquelle nous insistons, et qui s'imposera souvent à l'esprit du clinicien sera la néoplasie sacculaire. Nous ne ferons que rappeler

la « consistance néoplasique de la tumeur de la malade de Bock (Obs. IV) la nature cartilagineuse chondroïde chez la malade de l'obs. (II), l'idée d'une néoplasie intra-sacculaire chez la malade de l'obs. (III). » Le diagnostic différentiel se posera évidemment surtout en l'absence d'ulcération. L'âge du sujet, l'examen des antécédents et surtout l'examen clinique du malade lèveront pour la plupart des cas toute hésitation.

La dacryocystite simple, en l'absence de tout antécédent suspect, pourra présenter quelquefois des difficultés dans l'établissement du diagnostic, surtout si les lavages et les cathétérismes qui dans cette affection constituent le traitement de choix, n'amènent aucune amélioration. L'évolution ultérieure, par la tendance à la chronicité, la présence d'adénopathie, la ténacité de la lésion, et surtout la consistance particulière de la tuméfaction, viendront confirmer un diagnostic jusque là hésitant.

Les affections mycosiques de l'angle interne de l'œil constituent à n'en pas douter un diagnostic difficile. Nous connaissons parfaitement d'après les recherches de Gougerot, de De Beurmann la fréquence des lésions sporotrichosiques et surtout leur polymorphisme étonnant « il est du devoir absolu du médecin, dit Gougerot, de penser aux sporotrichoses devant toute lésion qui autrefois n'éveillait dans son esprit que l'idée de tuberculose et de syphilis » recherche d'autant plus nécessaire que les antécédents du malade ne présenteront aucun signe suspect de bacillose. Le diagnostic par l'examen histo-pathologique des coupes surtout quand la recherche du bacille de Koch aura été négative, n'est

certaines pas facile, puisque le *sporotrichum* peut édifier de véritables formations spécifiques, en tous points semblables à celles que le bacille de Koch présente dans ses formes, même les plus caractéristiques. Cette similitude de symptômes cliniques et de signes anatomo-pathologiques ne peut qu'augmenter la confusion et nous pensons qu'un traitement d'épreuve de courte durée, présentera, dans ces cas douteux, une valeur diagnostique indiscutable.

Nous ne citerons que pour mémoire le diagnostic différentiel de la tuberculose fibreuse du sac, avec les lésions syphilitiques ou lépreuses : la gomme syphilitique, intra-sacculaire sera dépistée aisément, surtout si l'on a soin de rechercher les stigmates de la syphilis dans les antécédents du malade, la coexistence, au niveau des muqueuses, de tuméfactions semblables, viendra éclairer le diagnostic. Quant au lépreux de la région lacrymale, aucune observation n'a pu en révéler un cas jusqu'alors.

Bien que l'étude des symptômes cliniques puisse dans l'immense majorité des cas suffire à établir le diagnostic de tuberculose fibreuse, nous ne pensons pas que le médecin puisse se priver des renseignements souvent précieux que lui fourniront les recherches de laboratoire et surtout les moyens de diagnostic biologique.

La cuti-réaction, et, la sous-cuti réaction, de préférence, viendront confirmer les renseignements obtenus par l'examen clinique. Néanmoins, et surtout dans les formes fibreuses, que l'on peut à juste titre considérer comme des tuberculoses locales, à virulence atténuée, nous ne croyons pas que même une réaction négative

doive faire écarter d'emblée le diagnostic de tuberculose.

Holth prétend malgré le résultat négatif de ces épreuves avoir extirpé des sacs nettement tuberculeux. La sero-agglutination d'Arloing qui au point de vue du diagnostic offre des résultats dans 80 0/0 environ des cas, présente, sur les méthodes précédentes, l'avantage appréciable de supprimer toute réaction locale ou générale sur les sujets.

Il nous reste un mot à dire, avant de terminer ce chapitre, sur les renseignements que pourra fournir l'examen histo-pathologique des sacs extirpés chez les malades. La recherche du bacille de Koch sur les préparations constitue évidemment la méthode de choix et le procédé le plus indiscutable; mais ainsi que nous le rappelons en traitant l'anatomie pathologique de ces formes fibreuses, on ne le rencontrera que fort rarement. La découverte de cellules géantes, d'éléments épithélioïdes, localisés de préférence dans la sous-muqueuse, en plus ou moins grande abondance (Obs. I II III), s'accompagnant d'une transformation fibreuse des parois externes du sac, constitue au point de vue diagnostic, les meilleurs signes de la tuberculose fibreuse du sac.

---

## CHAPITRE V

---

### Evolution et Traitement

Malgré l'allure apparemment favorable de la tuberculose fibreuse du sac lacrymal, nous ne pensons pas que le médecin doive se borner à l'expectative. Il n'est nullement question, dans ces cas, de discuter l'opportunité d'un traitement médical ou chirurgical; la conduite à tenir est simple, nettement définie, il faut procéder à l'extirpation méthodique du sac tuberculeux.

Toutefois nous croyons utile d'insister sur l'efficacité incontestable du traitement médical comme moyen adjuvant; de telles affections tuberculeuses sans grandes réactions générales sont justiciables au plus haut point des moyens médicaux que la thérapeutique met à notre disposition. Il faut se rappeler que ces malades porteurs de tuberculoses locales, que nous considérons

bénignes parce qu'ayant peu de tendance à la généralisation ont besoin d'accroître la résistance de leurs tissus, sans cesse en lutte avec l'infection. Il est donc du devoir du médecin de favoriser ce processus de défense qui se traduit par la transformation fibreuse des tissus lésés, véritable barrière qui localisera l'infection.

Peut-être certains chirurgiens, pourront être tentés pendant quelque temps, d'utiliser comme traitement, les méthodes conservatrices : lavages et cathétérismes.

Sans vouloir à priori exclure cette thérapeutique, nous nous bornerons à rappeler que dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire les cas où la transformation fibreuse des parois sacculaires est à peu près définitivement établie, un pareil traitement n'aura que fort peu de chances d'amener un résultat favorable. Sa durée sera forcément très longue et il est peu probable que des cathétérismes fréquents, suivis ou non d'injections de liquides modificateurs, puissent amener d'abord l'arrêt, et ensuite la régression du tissu fibreux.

Ce que l'on doit rechercher ici, c'est moins la perméabilité du canal, et le rétablissement fonctionnel de la sécrétion lacrymale, que la disparition prompte et totale d'un foyer tuberculeux, toujours susceptible, sous des influences diverses, d'acquérir une virulence inconnue jusqu'alors. D'autre part, il est toujours à craindre, que des cathétérismes répétés d'un sac tuberculeux, à parois épaisses, sclérosées, ne viennent créer des lésions endosacculaires, qui, outre le danger d'infections surajoutées, risqueraient de compromettre la localisation du processus tuberculeux, en favorisant l'extension et la généralisation.

Nous ne parlerons pas des anciens procédés chirurgicaux : curettage ou incision, non seulement ces méthodes n'ont que des indications tout à fait spéciales et difficiles souvent à délimiter, mais le grave reproche que l'on puisse leur objecter est de n'être que des interventions incomplètes, par conséquent ne mettant pas le malade à l'abri d'une récurrence toujours à craindre. C'est donc à l'extirpation méthodique du sac suivant la technique du Professeur Rollet que l'on devra avoir recours toutes les fois où l'on aura l'intention de pratiquer le traitement chirurgical.

Il n'entre pas dans le cas de notre sujet de développer les détails de l'opération, nous nous bornerons simplement à en rappeler les avantages tant au point de vue immédiat qu'au point de vue ultérieur. L'hémorragie n'est pas à craindre en suivant scrupuleusement les détails de technique que Rollet a donnés dans la *Revue générale d'ophtalmologie* (septembre 1907); quant à l'épiphora rebelle que paraissaient redouter les premiers opérateurs, l'expérience a montré que l'augmentation de la sécrétion lacrymale n'était que passagère, et que l'atrophie consécutive des glandes lacrymales venait rendre cette complication bien illusoire.

Les suites opératoires sont fort simples surtout dans ces formes fibreuses à parois charnues, épaisses où la dissection de la tumeur est relativement aisée, et où l'on court peu de risques de laisser dans la loge un lambeau du sac. La cicatrice obtenue par la première intention est à peine visible, jamais adhérente, il n'y a donc pas lieu de redouter pour ces malades cette cicatrice inesthétique qui d'après Wecker « serait fort peu goûtée

des dames » et parmi les nombreuses malades de la clinique ophtalmologique, aucune n'a manifesté le moindre regret d'avoir été opérée.

Quant aux récidives, surtout dans la forme fibreuse, elles sont rares, avec une dissection minutieuse du sac, bien que, comme le dit Rollet, il est impossible de ne pas réserver le pronostic d'une affection qui comporte le bacille de Koch comme agent pathogène.

L'extirpation méthodique et complète du sac tuberculeux, constitue au point de vue local le seul traitement curatif, et au point de vue général la seule méthode prophylactique et rationnelle qui supprimera chez ces malades tout risque de généralisation viscérale.

---

## CONCLUSIONS

---

I — La tuberculose lacrymale peut présenter parfois la forme fibreuse, moins communément observée que la forme fongueuse.

II — La tuberculose fibreuse du sac lacrymal, bien différente de la tumeur blanche lacrymale à consistance fongueuse, s'accompagnant de ramollissement, d'ulcérations et de phénomènes inflammatoires parfois intenses, est constituée cliniquement, par une tumeur dure, scléreuse, sans adhérences cutanées, véritable fibro-tuberculome avec ou sans contenu purulent, présentant toujours une adénopathie sous-maxillaire unilatérale.

III — L'examen microscopique des sacs extirpés chez nos malades (trois observations inédites de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu) montre outre l'hyperplasie conjonctive intense de la paroi externe du sac, des lésions spécifiques : cellules géantes, et amas de cellules épithélioïdes.

Ces sacs donnent l'impression tantôt d'un véritable fibrome, tantôt d'un empyème sacculaire froid et

tuberculeux, avec épaissement considérable des parois, contenant parfois un point central de ramollissement caséeux.

IV — Le diagnostic de la tuberculose fibreuse du sac, se fera avec la dacryocystite simple, à allure moins tenace ne s'accompagnant pas d'adénopathie, coïncidant avec un bon état général, et avec le néoplasme primitif du sac, affection relativement rare chez des sujets dont les antécédents ne révèlent aucun symptôme de tuberculose.

V — Cette tuberculose à évolution fibreuse, comparable en tous points à la transformation scléreuse des lésions pulmonaires chroniques est justiciable néanmoins de l'extirpation méthodique du sac lacrymal, intervention qui, soit au point de vue local, soit au point de vue général, constitue le traitement de choix.

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| <i>Vu :</i> | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,   | E.ROLLET                  |
| HUGOUNENQ.  |                           |

*Vu et permis d'imprimer :*

LYON, le 16 février 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- PÉRARD. — Extirpation du sac dans la dacryocystite.  
*Thèse Lyon* 1903
- DE BEURMAN ET GOUGEROT. — *Ann. de dermat. et de syphilig.* 1906-1907.
- BOCK. — Tuberculose du sac lacrymal. *Berlin. Klin. Woch* 1891
- MORAX. — *Annales oculist. Janv.* 1911.
- ORESTE. — *Annales d'oculistique* 1910
- PANAS. — Leçons sur les maladies des voies lacrymales 1877
- POULARD. — Tuberculose des voies lacrymales. *Archives ophtalmologiques* 1903
- ROLLET. — Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac. *Lyon Médical* 1896  
Tuberculose du sac lacrymal. *Clinique ophtalmologique* 1899
- La Tumeur prélacrymale et son traitement.  
*Lyon Médical Février* 1900. — *Annales oculistique. Mai* 1900
- La tumeur lacrymale tuberculeuse. *Revue générale opht. Juin* 1903

- ROLLET. — Technique opératoire de l'extirpation du sac  
à la rugine. *Rev. gén. opht.* 1907  
La Tuberculose des voies lacrymales. Rap-  
port-Congrès 1911. *Arch. opht.* 1911  
Formes cliniques de la tuberculose lacry-  
mal. Jubilé du Pr<sup>r</sup> Lépine. *Revue  
de médecine* Octobre 1911
- ROLLET ET AURAND. — Essai de tuberculinothérapie ocu-  
laire expériment. *Rev. gén. ophtal-  
mologique* 1910
- VALUDE. — Essai de tuberculisation expérimentale du  
sac lacrymal. *Arch. opht.* 1889
- DE WECKER. — Bulletin. *Soc. F<sup>e</sup> opht.* 1904
- VINCENT. — Tuberculose des voies lacrymales. *Thèse  
Lyon* 1903
-







